

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE</p> <p>AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE REGGIO CALABRIA</p> <p>REGIONE CALABRIA</p> <p>Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie</p> <p>AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE REGGIO CALABRIA</p>	<h1>CONGEDO STRAORDINARIO</h1>	<p>Modello P</p> <hr/> <p>Pag. 1/4</p>
--	------------------------------------	---

AL RESPONSABILE DELLA U.O.C. GESTONE DEL PERSONALE

I/La sottoscritto/a _____ **matricola N.** _____

in forza all'Unità Operativa di _____ **del Presidio di** _____

_____ **con la qualifica di** _____

con rapporto di lavoro: **a tempo pieno** **part-time** _____ %

CHIEDE

di essere autorizzato/a in applicazione dell'alt. 42 comma 5 del D.lgs 151/2001 a finire del congedo straordinario per assistere il proprio familiare:

- *COGNOME E NOME* _____

- *LUOGO E DATA DI NASCITA* _____

residente con il richiedente

oppure

residente allo stesso indirizzo, stesso numero civico, ma interni diversi (specificare) _____

DICHIARA

di essere l'unico componente familiare a prestare assistenza al portatore di handicap grave con la condizione della convivenza.

Al riguardo il/la sottoscritto/a allega:

- dichiarazione sostitutiva atto di notorietà
- copia certificato verbale visita medico collegiale della Commissione medica per l'accertamento dell'handicap della ASP di _____

Il/La sottoscritto/a, dichiaro di essere a conoscenza dell'informativa per il trattamento di dati personali ai sensi del D. Leg.vo 196/2013, e di essere consapevole che i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

Data : _____

Firma _____

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE</p> <p>AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE REGGIO CALABRIA</p> <p>REGIONE CALABRIA</p> <p>AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE REGGIO CALABRIA</p>	<p>CONGEDO STRAORDINARIO</p>	<p>Modello P</p> <p>Pag. 2/4</p>
--	---	---

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 D P R. 28 dicembre 2000, IL 445)**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____,
residente a _____ in Via _____ n. _____,
recapito telefonico _____ *consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti; richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000 che , inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000) in riferimento alla fruizione del congedo di cui all'art 42 del D.Lgs 151/2001*

DICHIARA:

- che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in condizione di handicap grave
- che l'assistito è dipendente pubblico presso _____
- che l'assistito non è dipendente pubblico;
- che nel periodo di congedo nessun altro familiare usufruirà dei permessi orari e giornalieri per assistere il familiare con disabilità (art 33 L 104/92 e art. 42 D Lgs. 151/01);
- che il beneficiario ha fruito di n. _____ giorni di congedo straordinario dal _____ al _____ per il seguente assistito _____;
- di prestare assistenza nei confronti del disabile per il quale sono chieste le agevolazioni ovvero di necessitare delle agevolazioni per le necessità legate alla propria situazione di disabilità;
- di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno - morale oltre che giuridico - a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
- di essere consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano solo per l'effettiva tutela del disabile;
- che l'assistito non è ricoverato a tempo pieno oppure che l'assistito è ricoverato a tempo pieno ma sussistono le condizioni di seguito indicate (esibire idonea documentazione);
 - minore in situazione di gravità ricoverato a tempo pieno che necessita di assistenza da parte del genitore odi un familiare secondo quanto indicato dai sanitari della struttura ospedaliera che ospita il soggetto da assistere-*
 - assistito che necessita di uscire temporaneamente dalla struttura per effettuare presso cenai specializzati visite o terapie appositamente prescritte*
 - disabile con handicap in situazione di gravità in stato vegetativo persistente o con prognosi infausta a breve termine ricoverato a tempo pieno*

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE</p> <p>AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE REGGIO CALABRIA</p> <p>Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie</p> <p>REGIONE CALABRIA</p> <p>AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE REGGIO CALABRIA</p>	<h1>CONGEDO STRAORDINARIO</h1>	<p>Modello P</p> <hr/> <p>Pag. 3/4</p>
--	------------------------------------	---

di impegnarsi a comunicare tempestivamente, entro e non oltre trenta giorni dal verificarsi dell'evento, ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni dovuta ad uno dei seguenti motivi:

- Eventuale ricovero a tempo pieno della personale disabile in situazione di gravità;*
- Revoca del giudizio di gravità della condizione di disabilità da parte della Commissione medica competente;*
- Modifiche ai periodi di permesso richiesti,*
- Eventuale decesso del disabile;*
- Assistenza della persona disabile da parte di altro familiare;*
- Altro da specificare _____*

IN CASO DI BENEFICIO RICHIESTO PER IL CONIUGE

di essere coniuge della persona in situazione di handicap grave, convivente e non ricoverato a tempo pieno in istituti specializzati.

IN CASO DI BENEFICIO RICHIESTO PER IL FRATELLO O LA SORELLA

di essere fratello/sorella convivente con il soggetto portatore di handicap grave e non ricoverato a tempo pieno in istituti specializzati se:

- entrambi i genitori sono deceduti o totalmente inabili;*
- il fratello o la sorella portatore di handicap non sia coniugato o non conviva col coniuge, oppure, laddove sia coniugato e convivente con il coniuge, quest'ultimo non presti attività lavorativa o sia lavoratore autonomo o abbia espressamente rinunciato a godere per lo stesso soggetto e nei medesimi periodi del congedo in esame;*

IN CASO DI BENEFICIO RICHIESTO PER IL PROPRIO FIGLIO

di essere genitore (naturale o adottivo e affidatario) di figlio in situazione di handicap grave, convivente e non ricoverato a tempo pieno in istituti specializzati, se:

- figlio non sia coniugato o non conviva con il coniuge;*
- il coniuge del figlio non presti attività lavorativa o sia lavoratore autonomo;*
- coniuge del figlio abbia espressamente rinunciato a fruire per lo stesso soggetto e nei medesimi periodi del congedo in questione;*
- che l'altro genitore _____ dipendente presso _____ beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in condizione di handicap grave alternativamente con il/la sottoscritto/a nel limite massimo stabilito per legge*

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE</p> <p>AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE REGGIO CALABRIA</p> <p>Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie</p> <p>REGIONE CALABRIA</p> <p>AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE REGGIO CALABRIA</p>	<h1>CONGEDO STRAORDINARIO</h1>	<p>Modello P</p> <hr/> <p>Pag. 4/4</p>
--	------------------------------------	---

IN CASO DI BENEFICIO RICHIESTO PER IL GENITORE

figlio della persona in situazione di handicap grave convivente e non ricoverata a tempo pieno in istituti specializzati se:

- il genitore con disabilità grave non sia coniugato o non conviva con il coniuge;
- il coniuge del genitore non presti attività lavorativa o sia lavoratore autonomo;
- il coniuge del genitore abbia rinunciato a fruire per lo stesso soggetto e nei medesimi periodi di congedo;
- entrambi i genitori del portatore di handicap siano deceduti o totalmente inabili;
- il genitore con disabilità grave non abbia altri figli o fratelli o non conviva con alcuno di essi;
- il genitore con disabilità grave abbia altri figli o fratelli conviventi che non prestino attività lavorativa o che siano lavoratori autonomi;
- gli altri figli o fratelli conviventi abbiano rinunciato a godere del congedo per il suddetto genitore nel medesimo periodo;
- il portatore con disabilità grave non abbia fratelli o non conviva con alcuno di essi

Il/La sottoscritto/a, dichiara di essere a conoscenza dell'Informativa per il trattamento di dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003, e di essere consapevole che i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

Data _____

Firma _____